

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 52

DE LA

PNEUMONIE PALUDÉENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 juillet 1894

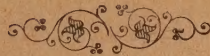
PAR

François GOUT

Né à Beaucaire (Gard)

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL D'ARLES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUX, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET, DOYEN.

CARRIEU, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL *.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER *.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN *.
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des mal. ment. et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...
Pathologie int. RAUZIER (ch. de c.)	N...

Chargés de Cours complémentaires:

Clinique annexe des maladies des enfants..	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en Exercice.

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
SERRE.	SARDA.	RAUZIER.
BAUMEL.	ESTOR.	LAPEYRE.
GERBAUD.	HÉDON.	MOITESSIER.
GILIS	LECERCLE.	
BROUSSE.	DUCAMP.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. CARRIEU, président.
KIENER, professeur.
BAUMEL, agrégé.
SARDA, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON ONCLE

A MA NOURRICE

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. GOUT.

A mes Chefs de service de l'Hôpital d'Arles

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Montpellier

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CARRIEU

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier

F. GOUT.

INTRODUCTION

Durant notre internat à l'hôpital d'Arles, nous avons été appelé à observer un grand nombre de malades atteints de fièvres intermittentes. Quelques-uns de ces paludéens nous ont intéressé tout particulièrement ; nous avons été frappé, en effet, des manifestations thoraciques sous lesquelles s'est présentée chez eux l'infection palustre. Nous avons recueilli avec soin leurs observations, et nous rapportons aujourd'hui ces quelques faits dans notre thèse inaugurale.

Tel a été le point de départ de notre modeste travail. Puissent nos juges l'accueillir avec leur bienveillance habituelle et nous tenir compte de nos efforts.

Que M. le professeur Carrieu, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permette de le remercier de l'honneur qu'il nous a fait.

Nous croirions manquer à notre devoir si nous ne venions témoigner ici notre gratitude à nos chefs de service de l'hôpital d'Arles, qui nous ont toujours prodigué les bons conseils et les encouragements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PNEUMONIE PALUDÉENNE

Sous le titre de pneumonie paludéenne, nous décrivons en même temps la pneumonie et la congestion pulmonaire causées par l'infection palustre. La congestion pulmonaire diffère essentiellement de la pneumonie séro-fibrineuse ; elle n'a pas, en effet, comme signes caractéristiques, le râle crépitant, le souffle tubaire et les crachats rouillés ; mais, dans certains cas, elle n'est autre chose qu'une fluxion de poitrine. Et, comme la fluxion de poitrine, par ses caractères, est très rapprochée de la pneumonie, nous avons donné un même nom à ces deux formes de fluxion pulmonaire.

Nous diviserons notre thèse en trois parties. Nous ferons d'abord la description de la pneumonie paludéenne ; nous nous occuperons en second lieu de la congestion pulmonaire paludéenne. Après avoir fait l'étude de ces deux affections, nous émettrons de courtes considérations sur leur diagnostic, pronostic et traitement.

CHAPITRE PREMIER

Pneumonie paludéenne

La pneumonie paludéenne débute de deux façons différentes. Tantôt, l'élément fébrile domine la situation ; l'intensité de la fièvre est considérable, on observe une température de 40° et même de 41° ; on croit avoir affaire à un accès ordinaire, et les accidents pulmonaires ne tardent pas à se démasquer. Tantôt, les symptômes locaux se montrent tout d'abord avec les signes ordinaires de la pneumonie aiguë ; on suppose être en présence d'une phlegmasie pulmonaire proprement dite, et ce n'est que la marche ultérieure de la maladie qui révèle son caractère paludéen.

Mais, quel que soit le mode de début de la maladie, l'accès, qui en constitue le premier symptôme, détermine un frisson violent, intense, plus long que celui des pneumonies ordinaires. Tout aussitôt survient une douleur de côté presque toujours très vive ; la toux, la dyspnée apparaissent rapidement. La température, prise dans l'aisselle, atteint et dépasse 40° ; le pouls est fréquent, mou, dépressible dans beaucoup de cas. Les signes fonctionnels de la pneumonie à son début ne tardent pas à se montrer, et, dans l'espace de

quelques heures à quarante-huit heures, le malade expectore les crachats rouillés caractéristiques.

Cette invasion est souvent accompagnée de vomissements, d'épistaxis, de diarrhée abondante et fétide, de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

L'accès n'éclate pas toujours aussi brusquement. Il est quelquefois précédé, pendant deux ou trois jours, de céphalalgie, de douleurs musculaires, de malaise, de troubles gastriques.

« Au frisson succède une chaleur ardente, dit Grisolles (1), et, après six à douze heures, arrive une détente complète ; la fièvre tombe ;... enfin, une abondante diaphorèse juge l'accès. »

L'apyrexie est complète entre chaque accès.

Que devient le processus local pendant cette période d'apyrexie ? Pour répondre à cette question, il faut envisager le mode d'évolution de la pneumonie paludéenne. Tantôt, les lésions qu'elle détermine ne dépassent pas le stade d'engouement : c'est une pneumonie avortée. Tantôt, au contraire, elle se présente avec tous les symptômes de la pneumonie aiguë franche. Dans le premier cas, la toux, la douleur, la dyspnée, les râles crépitants et les crachats rouillés disparaissent ; les signes physiques non seulement s'amendent, mais disparaissent, eux aussi, complètement, comme l'admettent Maillot (1) et Grisolles. Il y a intermittence de la fièvre et de lésion pulmonaire. Germain Sée (3) adopte en partie cette opinion, lorsqu'il dit : « La disparition complète des signes physiques n'est possible que dans

(1) Traité de la pneumonie, Paris, 1864.

(2) Fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, Paris, 1836.

(3) Des maladies simples du poulmon, Paris, 1885.

les cas où ces signes se bornent à la crépitation fine de l'engouement. »

Cependant, nous pensons que des faits semblables doivent être rares. En effet, dans les ouvrages que nous avons consultés, nous n'avons trouvé qu'une observation qui s'y rapporte ; et nous-même, bien que nous ayons eu à soigner, pendant notre internat, douze cents paludéens environ, nous n'avons recueilli que deux observations de ce genre. Nous les avons consignées dans notre thèse.

Dans le second cas, lorsque la pneumonie suit son cours, c'est-à-dire lorsqu'elle est arrivée à la période d'hépatisation rouge, il n'en est plus ainsi. On n'observe plus alors la disparition des signes physiques, mais simplement une amélioration remarquable de l'état local. La toux, la dyspnée, la douleur disparaissent seules. Les crachats rouillés deviennent plus clairs, moins fibrineux, et, bien que, le plus souvent, ils continuent à être sanguinolents, ils sont remplacés quelquefois par des crachats muqueux. Le râle crépitant disparaît en certains endroits et même partout où il était perçu auparavant, le souffle tubaire diminue d'une façon notable. La matité fait place à la submatité sur plusieurs points primitivement envahis ; elle peut être remplacée par la sonorité normale.

Nous dirons, en résumé, avec le professeur Germain Sée (1), « que le processus local s'arrête pendant l'apyrexie, qu'il ne progresse qu'au moment de l'accès fébrile ; qu'il est par conséquent lié à la cause qui provoque l'accès ».

Cette deuxième forme de pneumonie paludéenne est celle qui a été décrite par les auteurs qui se sont occupés de la

(1) Des maladies simples des poumons, 1835.

question. Jaccoud (1), Germain Sée, Grasset (2), Combal (3) en ont cité plusieurs observations, et nous-même avons pu en recueillir quatre à l'Hôtel-Dieu d'Arles.

Avant de citer les observations qui nous sont personnelles et celles que nous avons choisies dans les différents auteurs, nous tenons à faire ressortir que les malades que nous avons eu l'occasion d'observer étaient de vieux paludéens, et qu'ils étaient cultivateurs en Camargue. Et tous les médecins qui exercent dans le voisinage de la Camargue savent combien sont fréquentes les fièvres intermittentes contractées dans cette contrée, pays classique de la malaria.

(1) Clinique médicale de la Pitié, 1886.

(2) Clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi, 1891.

(3) Gazette des Sciences médicales de Montpellier, 1884.

Observation 1

(Personnelle)

M... Antoine, 24 ans, cultivateur à la Grande-Vaquière (Camargue), entré le 26 septembre 1893, salle des fiévreux, N° 10, à l'Hôtel-Dieu d'Arles.

Le malade habite la Camargue depuis deux ans. Pendant ce laps de temps, il a été atteint, à quatre ou cinq reprises, par l'infection palustre.

A son entrée à l'hôpital, il tremblait depuis environ deux heures. Le thermomètre, placé à ce moment sous l'aisselle, accuse une température de 39°,8.

Il ne parle presque pas ; il se plaint d'un malaise général, surtout de la tête et d'une douleur très vive au niveau du sixième espace intercostal gauche. Il a saigné du nez, a eu des vomissements, de la diarrhée ; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression.

L'oppression est grande, la toux quinteuse, sèche et pénible.

Nous remarquons, à gauche, une augmentation des vibrations thoraciques. La percussion, douloureuse, nous donne de la submatité. La respiration est indistincte en arrière, et, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, nous percevons des râles crépitants à la toux.

Trois heures après cet examen, nous prenons nous-même la température à nouveau : 40°,1.

Le lendemain matin, le malade, se trouvant bien, est levé. La température est tombée au chiffre normal.

Nous procédons à l'examen du malade et nous sommes tout étonné de ne rien trouver d'anormal chez lui.

28 septembre.— Nouvel accès, avec 40° à 7 heures et 40°,5 à 8 h. 1/2 du matin. La lésion pulmonaire est plus marquée que l'avant-veille: râles crépitants nombreux et quelques crachats rouillés. La toux est fatigante, l'oppression intense; le point de côté est violent. Absence de souffle tubaire.

Dans l'après-midi, chute de la température à 36°,8.

Le malade sort de l'hôpital huit jours après.

Observation II

(Personnelle)

E... Jacques, 30 ans, cultivateur au Grand-Mas (Camarque), entré le 3 décembre 1893, salle des fiévreux, N° 35, à l'Hôtel-Dieu d'Arles.

Il est fatigué depuis trois ou quatre jours: céphalalgie violente, embarras gastrique, diarrhée; il a eu, l'avant-veille, dans la nuit, un grand frisson, qui a duré plus de deux heures, et a été suivi d'une grande chaleur.

Il a encore tremblé, ce matin, jour de son entrée à l'hôpital.

Il tousse depuis qu'il se sent fatigué et cette toux est pénible, fréquente et accompagnée d'une expectoration sanguinolente; il se plaint d'une douleur pongitive siégeant au niveau du mamelon gauche, exaspérée par les saccades de toux. La température du matin est de 40°,2.

L'expectoration rouillée nous fait connaître tout de suite l'existence d'une pneumonie. En effet, après avoir examiné le malade, nous trouvons les signes suivants : matité en arrière et au milieu ; vibrations thoraciques légèrement accrues ; râles crépitants réunis en foyer ; en avant et du même côté, murmure vésiculaire légèrement diminué.

La fièvre est brusquement tombée vers les 4 heures de l'après-midi et, avec elle, les signes de la lésion pulmonaire ont disparu.

Le lendemain, 40°,4 le matin, 39°,9 le soir. Le malade a eu un nouvel accès dans la nuit. La pneumonie reparait plus intense que la veille, mais n'arrive pas à l'hépatisation. Nous n'avons pas constaté de souffle tubaire.

Le surlendemain, la fièvre s'est maintenue matin et soir ; mais, malgré cette température, la lésion du poumon a disparu complètement. Après quatre jours d'apyrexie, le malade s'en est allé.

Observation III

(Jaccoud)

Au N° 35 de la salle Laënnec, vous verrez une femme de 29 ans, qui, sans malaise préalable, a été prise d'un violent frisson dans l'après-midi du 25 novembre 1884 ; on la fait coucher et, à 4 heures, la température était de 40°,4, sans symptômes de localisation.

Le lendemain matin, le thermomètre marque 39°,8, la respiration est un peu accélérée, et nous constatons dans le côté droit un point limité de fluxion pulmonaire dans la partie moyenne de la ligne axillaire postérieure ; les signes

sont une légère obscurité du son sans augmentation des vibrations vocales et de vrais râles crépitants types ; il n'y a pas vestige de souffle. L'état général n'était pas modifié, malgré la brusquerie et l'intensité de la fièvre. Le soir, 39°,6.

Au matin du 27 novembre, nous voyons quelques crachats visqueux, légèrement rouillés et la température est de 37°,8.

Jusqu'au 3 décembre, rien d'anormal ; mais ce jour-là, la malade se plaint d'avoir eu une mauvaise nuit ; le thermomètre, interrogé sur l'heure, répond par 39°,6 ; le soir, il y a 38°,6, et, le lendemain matin, au dixième jour, après une nuit troublée par des sueurs abondantes, il n'y a plus que 37°,4. Pendant cette nouvelle phase fébrile, l'examen le plus minutieux ne révèle aucune trace de détermination pulmonaire.

Deux jours pleins d'apyrexie se succèdent ; dans l'après-midi du troisième, nouveau malaise, nouvel accès qui se chiffre, le soir, par 39°,8, et dont la défervescence n'a lieu qu'au bout de trente-six heures, s'exprimant par 37°,4 le surlendemain matin.

Nous observons de nouveau deux jours pleins d'apyrexie ; le soir du troisième jour, un autre paroxysme amène la température à 39°,8, et, le lendemain matin, à 40°. Cet accès dure soixante heures, il est accompagné de symptômes pulmonaires identiques à ceux du premier paroxysme, mais plus circonscrits ; le foyer égale à peine l'étendue de la paume de la main, il occupe, comme la première fois, la partie moyenne du poumon droit ; du reste, les phénomènes physiques sont absolument les mêmes : légère obscurité du son, râles crépitants types, crachats rouillés, le tout disparaissant sans reliquat avec la chute de la fièvre.

Un nouvel accès se produit le 19 décembre. Nous avons donc cinq accès, le premier et le quatrième accompagnés

d'une fluxion pulmonaire aiguë, avec des périodes intercalaires et absence de détermination du côté du poumon pendant l'apyrexie, voilà le bilan résumé de cette maladie.

Observation IV

(Personnelle)

Ar... Victor, 30 ans, cultivateur au Mas-de-Vers (Camarque), entré le 10 mai 1893, salle des fiévreux, N° 23, à l'Hôtel-Dieu d'Arles.

Antécédents personnels : pneumonie gauche, il y a huit ans, fièvres intermittentes à plusieurs reprises.

La veille, il a eu un frisson violent. Il se plaint actuellement d'un point de côté à gauche, un peu en dessous et en dehors du mamelon ; il tousse ; la température est de 40°,8.

Matité au-dessous de l'omoplate, exagération des vibrations, râles crépitants nombreux, mais disséminés, crachats rouillés, souffle tubaire peu prononcé.

Le lendemain, température normale, sueur abondante, diarrhée, herpès labial, submatité dans la zone envahie.

Les râles crépitants sont rares, le souffle est à peine perçu ; le malade est calme.

Le surlendemain matin, à six heures, 37° ; mais, à la visite, le thermomètre accuse 40°,2. L'état général est mauvais ; la face est rouge, injectée. La toux est quinteuse, pénible, la dyspnée extrême, les crachats rouillés abondants.

La percussion dénote une matité très étendue ; le souffle a envahi tout le poumon ; il y a de la bronchophonie. A 3 heures de l'après-midi, 40°,8.

13 mai.—Le malade se trouve mieux; la température oscille, dans le courant de la journée, entre 39° et 39°,5; mais, malgré la fièvre, on ne perçoit pas de râles crépitants de retour. Trois jours d'apyrexie se succèdent et le malade sort.

Observation V

(Personnelle)

Rom... Pierre, 41 ans, cultivateur à Jacquines (Camarque), entré à l'hôpital d'Arles, salle des fiévreux, N° 4, le 29 mai 1893.

Antécédents personnels: rhumatismes, fièvres intermittentes.

Dans la nuit du 27 mai, il a eu un grand frisson suivi d'une forte chaleur; il a beaucoup sué: «Je crois que j'ai les fièvres», nous dit-il. Il se plaint d'une grande lassitude, de céphalalgie et de douleurs musculaires; il tousse légèrement. La température est de 39°,8.

Nous croyons avoir affaire à un accès intermittent ordinaire, et nous négligeons d'ausculter le malade. Dans le courant de l'après-midi, ayant été appelé auprès de celui-ci, nous sommes tout étonné de l'état dans lequel nous le trouvons: il a la face injectée, les joues brûlantes, les yeux brillants; la voix est brève, la dyspnée intense et la toux impérieuse. Mais ce qui nous frappe le plus, c'est l'expectoration de crachats rouillés: nous sommes en présence d'une pneumonie.

Le thermomètre marque à ce moment 40°. Point de côté violent à gauche et en avant. En arrière, submatité; râles crépitants, souffle tubaire, bronchophonie, égophonie.

Le lendemain, la fièvre est tombée, 36°,8 et 37°,2. Amélioration sensible de l'état général et de l'état local.

Le 31 mai, nouvel accès, avec 39°,2 le matin et 39°,9 le soir. La matité est accentuée, la voix arrive éclatante à l'oreille, le souffle s'entend dans toute l'étendue du poumon hépatisé.

Le 1^{er} et le 2 juin, la température oscille entre 39°,5 et 40°, l'état local se maintient; mais, le lendemain, avec la chute de la fièvre, disparaît le souffle et la lésion pulmonaire.

Observation VI

(Personnelle)

Bois.... Jean-Pierre, 48 ans, cultivateur au Mas-d'Icard (Camargue), entré le 11 septembre 1893, salle St-Joseph, N° 5, à l'Hôtel-Dieu d'Arles.

Il est fatigué depuis trois jours : céphalalgie, embarras gastrique ; il a eu un violent frisson, le 10 au matin.

A son entrée, il a la face congestionnée, il tousse ; la toux est pénible, fréquente, accompagnée de crachats rouillés peu nombreux ; il se plaint d'un point de côté localisé à l'aiselle droite; 39°,9.

Matité au sommet droit en arrière ; vibrations légèrement accrues ; quelques râles crépitants dans l'aisselle et en arrière du creux axillaire. Diarrhée.

Le lendemain matin, exagération des signes physiques : crachats plus rouillés, plus adhérents, souffle tubaire, bronchophonie, égophonie. La température est de 40°1 à ce moment, et de 39°2 trois heures après. Dans l'après-midi, le malade se lève et mange ; la fièvre est tombée à 36°,8.

Le surlendemain, l'état général est bon. La toux est moins fréquente, le point de côté nul, les crachats sont muqueux, le souffle est localisé au sommet. 37° le matin, 37°,9 le soir et 37°,3 dans la matinée du 14. Le soir, nouvel accès, avec 39°,8; exagération subite des signes physiques. Ce dernier accès dura huit heures; le lendemain, tout était rentré dans l'ordre.

Observation VII

(Combal)

Le 9 mars 1879, entra à l'hôpital un soldat du 2^e génie, se plaignant d'une céphalalgie sus-orbitaire gravative; il avait eu, la veille, un grand frisson. Le malade avait 40°,9 dans l'aisselle; l'angoisse, la prostration étaient grandes; une toux pénible exagérait sa pleurodynie droite et débarrassait difficilement ses bronches de crachats sanguinolents et visqueux. Le poumon droit était engoué en arrière et vers la base; ici, l'auscultation permettait de percevoir des râles crépitants.

Le jour suivant, la congestion pulmonaire envahit le poumon gauche, tandis que la pneumonie s'aggrave du côté droit. Ce tableau symptomatique se rattachait à une affection grave qui n'avait pas les allures de la pneumonie ordinaire. La mobilité et l'irrégularité des congestions m'autorisant à admettre l'existence d'un élément paludéen, je prescrivis 1 gramme de bromhydrate de quinine. Sous l'influence de cette médication, la température cesse de s'élever le soir et descend à 39° le lendemain.

Je continuai l'administration du bromhydrate, et, le 12 mars, la température était à 37°,5 et 37°,6.

Le point congestif signalé dans le poumon gauche avait disparu. Dans le tiers moyen du poumon droit, le souffle de la veille avait fait place à des râles crépitants de retour. On percevait encore dans l'aisselle de nombreux frottements pleuraux, signes de la pleurésie concomitante.

Le lendemain, tout avait disparu.

Observation VIII

(Combal)

Au numéro 9 de la salle Saint-Lazare est couché un soldat du 2^e génie qui a été pris, le 22 mars 1879, d'un frisson apparu sans prodromes. Ce frisson dura 1 heure 1/2 et s'accompagna d'un point de côté violent au niveau du mamelon droit.

Il entre le 24 mars avec 108 pulsations et 24 respirations. Teinte subictérique de la face, peau moite, affaïssement extrême, crachats sanguinolents.

A droite, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, submatité, exagération des vibrations thoraciques, expiration fortement soufflante ; le tiers inférieur du poumon gauche est aussi congestionné, mais à un moindre degré. Le malade a, le soir, un accès complet et 40°,8 de température. 1 gramme de bromhydrate de quinine est administré par la voie cutanée.

Le lendemain, température 37°,6, pouls 108 et 28 respirations, souffle tubaire dans le lobe inférieur du poumon droit et quelques crépitants perçus au niveau du point congestionné à la base du poumon gauche.

Le troisième jour, même apyrexie le matin, même traitement et même hyperthermie le soir.

Vers quatre heures, le malade eut un accès complet pendant lequel s'aggrava sa pneumonie double ; le sommet droit s'hépatisait.

Six sangsues, placées du côté droit, donnèrent beaucoup de sang. Depuis ce moment, le bromhydrate de quinine, dont l'usage fut continué, devint efficace et le malade guérit.

Les observations I, II et III se rapportent, ainsi qu'on peut en juger, à la première forme de pneumonie paludéenne. En effet, chez ces trois malades, les signes physiques n'ont pas dépassé le premier degré de la lésion pulmonaire, et, pendant l'apyrexie, ces signes physiques ont disparu complètement.

Mais il en est tout autrement dans les cinq autres.

Dans ces cinq cas, nous ne pouvons pas dire que les localisations thoraciques disparaissent avec la fièvre. Cependant, si les phénomènes locaux s'aggravent au moment des paroxysmes fébriles, la période d'apyrexie est caractérisée par un amendement notable des lésions pulmonaires.

CHAPITRE II

Congestion pulmonaire paludéenne

La congestion pulmonaire paludéenne affecte deux types différents. Tantôt, elle concentre son action sur les bronches; tantôt, elle frappe en même temps les bronches, le poumon, la plèvre et même les couches musculaires du thorax.

Dans le premier cas, elle ressemble à une bronchite simple, dont les phénomènes généraux prendraient, sous l'influence de l'élément paludéen, une violence insolite (1). L'économie entière est envahie comme dans les grandes pyrexies. La respiration est pénible, les quintes de toux déterminent des douleurs déchirantes, la dyspnée est intense, la température élevée. Les symptômes douloureux, les maux de tête, les douleurs musculaires du thorax revêtent une notable intensité. La poitrine est encombrée de râles ronflants et sibilants.

Cette aggravation dure un certain nombre d'heures, six à

(1) Padiou. — Clinique d'Amiens, 1881.

douze, suivant les sujets. Puis, avec la fin de l'accès, tout rentre dans l'ordre ; il y a encore bronchite, il est vrai, mais avec atténuation sensible ou même disparition complète des phénomènes précédents. Mais, le lendemain, plus rarement dans nos pays le surlendemain, à peu près à la même heure, la même série des phénomènes d'aggravation se reproduit durant le même temps, et ainsi de suite.

Dans le second cas, la localisation pulmonaire est étendue. La fièvre est forte ; la température s'élève à 40° et même 41°. La dyspnée est vive ; la toux est pénible et l'expectoration en raison directe de la toux. Les muscles du thorax sont douloureux.

A la percussion, submatité dans toute l'étendue de la poitrine correspondant au poumon congestionné. A l'auscultation, frottements pleuraux, râles sous-crépitaux disséminés, respiration soufflante. Ce souffle est presque tubaire ; il n'offre pas toute la rudesse du souffle de la pneumonie ; il tient plutôt le milieu entre celui-ci et le souffle doux de la pleurésie. On ne perçoit pas de râle crépitant, pas plus celui du début que le râle crépitant de retour, comme on doit en entendre dans une véritable pneumonie.

Bien souvent, la congestion frappe les deux poumons qui sont atteints l'un après l'autre ou simultanément. Les mouvements fluxionnaires sont alors multiples, et l'on peut, dans ces cas, « assister à des transports alternatifs de fluxions dans l'un et l'autre poumon, dont les bases ou les sommets s'engorgent tour à tour » (Combal) (1).

Mais, quelle que soit la forme sous laquelle se présente la congestion pulmonaire paludéenne, cette affection débute, comme la pneumonie de même origine, par un frisson. Ce

(1) Gazette des Sciences médicales de Montpellier, 1884.

frisson manque rarement, même dans les formes légères ; mais, dans ces cas, il est peu violent et proportionné à l'intensité de l'accès. Le malade est pris de vomissements ; il éprouve une vive céphalalgie, des douleurs à l'estomac, aux lombes, ou bien une pleurodynie des muscles du thorax avec hyperesthésie cutanée.

Au stade de frisson succèdent, comme dans les accès intermittents ordinaires, le stade de chaleur et le stade de sueur.

L'apyrexie est complète entre chaque accès.

Que deviennent les signes physiques pendant cette période apyrétique ? Lorsque la congestion n'a frappé que les bronches, les localisations thoraciques disparaissent avec chaque accès (1). Cependant, dans certains cas, on ne constate pas une disparition complète, mais une atténuation sensible des râles bronchiques (2). Mais lorsque les lésions sont broncho-pulmonaires, il n'en est plus ainsi. Le souffle persiste généralement pendant toute la durée de la maladie, mais il diminue d'intensité. Il peut même disparaître, il ne tarde pas à envahir alors une partie du poumon qui naguère était saine ou même à se porter à l'autre poumon.

Cependant il est rare que la congestion pulmonaire paludéenne se borne simplement à déterminer l'inflammation des bronches. Le plus souvent aussi, cette congestion frappe à la fois les bronches et le poumon. Les observations que nous allons citer ne se rapportent qu'à ce dernier genre d'affection.

(1) Grasset. — Clinique de l'hôpital Saint-Eloi.

(2) Padieu. — Clinique d'Amiens.

Observation IX.

(Grasset) (1)

Le 3 novembre 1886, entre à l'hôpital un garçon vacher de 31 ans. Il y a six ou sept jours, il aurait eu un frisson violent, renouvelé le lendemain. Il tousse depuis quelques jours.

A son entrée, il a la face congestionnée, la peau chaude et sèche ; il y a de la matité à la région postéro-inférieure du poumon droit, respiration supplémentaire au-dessus de la matité ; silence respiratoire au centre de la matité ; quelques râles sous-crépitants à la toux. A gauche et en arrière, râles muqueux et sibilants à la base. Embarras gastrique et céphalalgie ; 39°, 7.

5 novembre. — La température est tombée brusquement, à 6 heures du matin, à 36°, 9 ; mais, à la visite, sensation de chaleur ardente au contact de sa peau, qui est sèche et brûlante. En une minute, le thermomètre monte à 39°, 5.

6 novembre. — Nouvelle chute à 36°, 5 et 36°, 3.

7 novembre. — Apyrexie également.

8 novembre. — Congestion pleuro-pulmonaire à la partie moyenne et postérieure du poumon gauche.

10 novembre. — Quelques râles sous-crépitants, frottements pleuraux à la base gauche ; à la partie moyenne, respiration soufflante. Puis, tout rentre dans l'ordre localement.

(1) Observation recueillie par M. le Pr Sarda.

Observation X

(Grasset) (1)

Le 2 novembre 1886, entre à l'hôpital un cultivateur de 30 ans, avec une céphalalgie violente, une douleur mal localisée dans la poitrine et une dyspnée intense.

Il avait été pris, le 31 octobre, d'un frisson assez intense suivi de courbature et de sensation de malaise dans la poitrine.

41° le matin du 2. — Au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate à droite, matité très nettement limitée, sur une hauteur de quatre travers de doigt, avec exagération des vibrations thoraciques, respiration soufflante. Délire la nuit précédente.

3 novembre. — Le thermomètre marque 40°,7 le matin, et 39° le soir.

4 novembre. — La température tombe à 37°,4. Le souffle a disparu. Râles sous-crépitants ; amélioration marquée de l'état général. Subdélire dans la nuit. Diarrhée légère.

5 novembre. — La température remonte à 38°,5, puis à 39°,5, pour retomber, le soir, à 36°,5.

6 novembre. — Elle remonte encore à 39°,5. Il a encore déliré la nuit et beaucoup sué. Il se trouve plus fatigué le soir ; 41°,1.

7 novembre. — Nouvelle chute de la température ; 37°,6 matin et soir.

(1) Observation recueillie par M. le Pr Sarda.

8 novembre.— Obscurité du murmure vésiculaire à droite.
Respiration légèrement soufflante à gauche.

9 novembre.— Tout rentre dans l'ordre.

Observation XI

(Personnelle)

Ar..., Joseph, 22 ans, cultivateur au Mas de la Ville, en Camargue, entré le 4 octobre 1893, salle Saint-Roch, N° 2, à l'Hôtel-Dieu d'Arles.

Il habite la Camargue depuis deux ans et a été atteint à cinq reprises par l'infection paludéenne.

La veille, il a eu un frisson violent, accompagné de vomissements et d'une céphalalgie intense.

Ce frisson s'est renouvelé le jour de son admission à l'hôpital. Pleurodynie droite avec hyperesthésie cutanée. En arrière et en bas râles sibilants, en haut respiration soufflante. Submatité en bas, en haut matité. En avant et du même côté, obscurité de la respiration. Exagération des vibrations vocales. Température : 40°,2. Toux sèche et pénible, dyspnée assez vive.

Le lendemain matin, 39°,9; le soir, 37°,2. A ce moment, le souffle a disparu, mais les râles persistent. La sonorité est redevenue normale; en avant, le murmure vésiculaire est distinct.

6 octobre.— Température 36°,8 le matin; à midi, 39°,8 et à 4 heures, 40°,4. Le malade a la face congestionnée, la parole brève, les joues brûlantes, la langue sèche et pâteuse. La toux est grasse, les crachats épais et verdâtres. A droite, et

toujours en arrière, matité. Respiration soufflante, frottements pleuraux, râles sous-crépitaux. Le poumon gauche est congestionné en arrière sur une étendue large comme la paume de la main.

7 octobre. — 39°,7 le matin, et 39°,9 le soir.

8 octobre. — La nuit a été bonne, le malade a bien dormi. L'état général est meilleur. La température est tombée au chiffre normal, le matin, pour remonter, le soir, à 39°,5.

9 octobre. Il a beaucoup sué, la nuit; mais il se trouve bien mieux à présent. Diarrhée abondante. La fièvre se maintient au-dessus de 38° tout le jour.

10 octobre. — Le malade est guéri.

Observation XII

(Personnelle)

Gr... Barthélémy, 18 ans, cultivateur au Mas-Neuf (Carmargue), entré à l'hôpital d'Arles, le 10 novembre 1893, salle neuve, N° 34.

Antécédents personnels : fièvres paludéennes.

Il est fatigué depuis trois jours: il se plaint de douleurs dans les muscles du dos et d'un point de côté violent à gauche et en avant; il tousse depuis.

Dans la nuit, il a eu un frisson intense, qui a duré jusqu'au lever du jour et a été suivi d'une grande chaleur, il a beaucoup sué.

La température, prise à son entrée, donne 38°,4. Sonorité normale. Quelques râles sibilants fins, absence de souffle. Vibrations thoraciques normales, murmure vésiculaire très net.

Le lendemain matin, le malade se plaint d'avoir eu un autre accès. Au moment même où nous l'examinons, nous remarquons qu'il est encore sous l'influence de son accès : le pouls est ample et fréquent, la respiration accélérée ; la peau est sèche et brûlante, la face rouge ; 40°,7.

Les deux poumons sont congestionnés, le poumon gauche surtout. De ce côté, en effet, râles sibilants et sous-crépitations, respiration soufflante. Matité très prononcée en arrière, submatité en avant. A droite, le murmure vésiculaire est couvert par des râles qui encombrant la poitrine. La toux est pénible et ne chasse que quelques crachats muqueux.

12 novembre. — Chute brusque de la température à 39°,8. L'apyrexie dure deux jours pleins. Le malade se croit entièrement revenu à la santé ; il n'a conservé qu'un sentiment de malaise et de fatigue et un léger embarras gastrique.

Le 13 novembre, au matin, la température est de nouveau montée à 40°,2. Les phénomènes thoraciques, qui s'étaient amendés notablement, reprennent leur intensité. Le souffle, qui avait disparu, réapparaît ; il se montre même au poumon droit. Le soir, 39°,9.

14 novembre. — 38°,7 le matin, 39°,2 le soir. Légère amélioration de l'état général et du processus local.

15 novembre. — Apyrexie. Disparition complète des signes physiques.

16 novembre. — La fièvre oscille entre 38° et 38°,8. Nous ne remarquons absolument rien du côté de la poitrine. Les poumons sont décongestionnés.

Après quatre jours d'accalmie, le malade est rétabli.

Observation XIII

(Personnelle)

Bar... Jean-Baptiste, 38 ans, cultivateur au Mas-d'Icard (Camargue), entré le 28 janvier 1894, à l'Hôtel-Dieu d'Arles, salle Saint-Roch, N° 8.

Depuis cinq ans qu'il est en Camargue, il vient régulièrement trois ou quatre fois par an à l'hôpital ; c'est un vieux paludéen ; il a eu les fièvres pendant son service militaire en Afrique, il y a quatorze ans.

Au milieu de la nuit, il a tremblé pendant deux heures environ ; il a beaucoup sué ; il tousse de temps en temps. La température est normale. Rien d'anormal du côté de la poitrine.

Le lendemain, la température s'est élevée à 40°,1, et 40°,5 deux heures plus tard. Le malade se plaint d'une violente douleur occupant tout le côté gauche de la poitrine ; les muscles du thorax sont très sensibles à la pression. Submatité en arrière, vibrations vocales normales, râles sonores, léger souffle. Toux sèche et pénible.

30 janvier. — La fièvre dure toute la journée, avec 39°,8 le matin et 39°,1 le soir. Mais, dans la nuit, l'accès est terminé, et, au moment de la visite, le 31 janvier, la température s'est brusquement abaissée à 36°,9.

La douleur de côté a disparu ; la toux est moins fréquente, sèche encore ou presque sèche. Le souffle n'existe plus, mais les râles persistent, et du côté droit, en avant plutôt qu'en arrière, râles sous-crépitaux.

1^{er} février. — Le soir, accès nouveau. Température, 39°,8.

Respiration soufflante, accompagnée de nombreux râles sous-crépitaux des deux côtés de la poitrine. Toux quinteuse avec expectoration abondante de crachats muqueux et de quelques crachats striés de sang. Le pouls est fréquent, 115; la respiration accélérée. Diarrhée fétide; nausées et vomissements. Insomnie durant toute la nuit.

2 février.— Fièvre tout le jour, avec exagération vespérale et persistance des signes physiques.

3 février.— Apyrexie. Amélioration très marquée des phénomènes thoraciques.

4 février.— 37°,8 le matin, 38°,5 le soir. Disparition des phénomènes de congestion. La fièvre est tombée au milieu de la nuit.

Tout rentre dans l'ordre le lendemain.

Observation XIV

(Padieu)

Le nommé X..., cocher, est entré, le soir, à l'hôpital, se plaignant de malaise et de courbature. Il n'a pas éprouvé de frissons.

Depuis deux jours, il souffre d'une vive céphalalgie, éprouve des nausées et a même vomi deux ou trois fois. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Absence de douleur de côté, mais insomnie et inappétence. La face est pâle. On croit avoir affaire à un embarras gastrique fébrile, quand le malade se plaint d'une petite toux sèche qui l'inquiète. La poitrine est percutée, et on trouve de la submatité dans tout le côté correspondant au poumon droit. L'auscul-

tation révèle un bruit de souffle presque analogue au souffle tubaire, mais ne présentant pas cependant sa rudesse. Il se fait percevoir en arrière comme en avant, mais avec beaucoup plus d'acuité en arrière, surtout au niveau du hile du poumon.

Le pouls, mou et dépressible, donne 110 pulsations, la température est à 39°,6. L'expectoration est nulle ; absence de dyspnée.

Le lendemain, le malade est dans un état de prostration très prononcée ; la nuit a été marquée par du délire ; la langue et les gencives sont recouvertes de fuliginosités, la température s'élève à 40°,2, le pouls a 115 pulsations.

La percussion donne de la submatité dans les deux poumons. L'auscultation révèle la raison de cette submatité en laissant percevoir dans le côté gauche un bruit de souffle semblable à celui qui existe dans le côté droit.

D'autre part, la toux n'est pas plus fréquente et l'expectoration reste presque nulle.

Le surlendemain matin, l'état du malade est considérablement modifié ; le pouls est tombé à 90°, la température s'est abaissée à 38°.

L'auscultation révèle encore l'existence du souffle dans les deux poumons, mais il est moins prononcé et surtout moins étendu ; il s'est confiné vers la racine du poumon.

Mais bientôt le pouls devient à peu près normal, et à l'auscultation on ne perçoit plus le moindre souffle.

On peut remarquer, en lisant ces observations, que ce qui les caractérise, c'est l'irrégularité et la mobilité des phénomènes congestifs.

CHAPITRE III

Diagnostic

Nous avons vu, en décrivant la pneumonie paludéenne, que cette affection débute tantôt comme un accès de fièvre ordinaire, tantôt comme la pneumonie aiguë franche. On comprend aisément que, dans ce dernier cas, le diagnostic de la nature de la maladie soit embarrassant au début. Mais bientôt se montre l'apyrexie, et l'apparition d'un nouvel accès, accompagné d'une température élevée, ne tarde pas à révéler l'existence de l'élément paludéen.

Il en est de même de la congestion pulmonaire de même nature. L'intermittence de la fièvre, la mobilité et l'irrégularité des localisations thoraciques ne permettent pas de la confondre avec une congestion ordinaire du poumon ou avec une fluxion de poitrine. Ici, nous avons un élément de diagnostic de plus que dans la pneumonie palustre : c'est l'existence d'un frisson initial, que l'on ne rencontre pas dans la congestion et la fluxion pulmonaire non paludéennes.

PRONOSTIC. — Ce que nous allons dire au sujet du pronostic intéresse également la pneumonie et la congestion.

Si la maladie est connue et traitée, le pronostic est bénin. Mais, « lorsque la nature de la maladie est méconnue, les phénomènes généraux et locaux s'aggravent et la maladie revêt le type pernicieux. A l'intensité des accès répond l'exagération de la dyspnée et de la douleur ; la pneumonie s'étend, gagne les deux poumons ; le délire survient et les malades succombent dans le coma vers le troisième ou le quatrième accès. » (G. Sée.)

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que celui qui est appliqué dans les fièvres intermittentes, c'est-à-dire le traitement par la quinine.

A l'hôpital d'Arles, nous avons eu recours tantôt au sulfate, tantôt au bichlorhydrate. Nous avons employé le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour, soit en cachets, soit en lavement. Et lorsque les malades avaient des vomissements et de la diarrhée, nous faisons trois injections hypodermiques par jour de bichlorhydrate, contenant chacune 25 centigrammes de sel.

Ce dernier procédé doit être précédé d'un lavage antiseptique de l'endroit choisi pour pratiquer l'injection et nécessite l'asepsie de l'aiguille.

Il est bon de continuer le médicament quelques jours après la disparition des accès ; on doit, toutes les fois qu'on le peut, observer les semaines paroxystiques.

CHAPITRE IV

Conclusions

1° La pneumonie paludéenne se présente sous deux formes : l'une ne dépasse pas le stade d'engouement, l'autre évolue comme une pneumonie ordinaire. Dans la première forme, les signes physiques disparaissent complètement pendant l'apyrexie; dans la deuxième, ils ne disparaissent pas, mais ils s'amendent notablement.

2° La congestion pulmonaire revêt, elle aussi, deux types différents. Dans le premier cas, les phénomènes congestifs déterminent des râles sonores ou des râles sous-crépitaux, qui disparaissent, la plupart du temps, dans la période apyrétique; dans le second cas, à ces râles s'ajoute un souffle qui persiste quelquefois pendant l'apyrexie, mais qui a pour caractère essentiel de changer de place très facilement.

3° Ces deux affections ne sont dangereuses que lorsque leur nature n'est pas reconnue; elles sont parfaitement guéries par la quinine.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juillet 1894.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juillet 1894.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Maillet.** — Fièvres et irritations cérébro-spinales intermit., 1836.
Grisolle. — Traité de la pneumonie, 1864.
Combal. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier, 1884.
Jaccoud. — Clinique médicale de la Pitié, 1885.
G. Sée. — Des maladies simples du poumon, 1885.
Grasset. — Clinique médicale de l'hôpital St-Eloi, 1891.
Dumeige. — Thèse de doctorat, 1880.
Pageault. — Thèse de doctorat, 1889.
Padieu. — Clinique d'Amiens, 1881.
Dubois. — Thèse de doctorat, 1887.
Estrade. — Thèse de doctorat, 1888.
A. Kelsch et P.-L. Kiener. — Traité des maladies des pays chauds, 1889.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !